

Revisión del niño sano a los 4 años

Nombre: _____

Fecha: _____

Dieta:

¿El niño recibe calcio 1000 mg / día y vitamina D (600 UI / día)? _____

Dental:

¿El niño usa pasta dental con fluoruro dos veces al día? _____

¿El niño ha ido al dentista? _____ Se recomienda cada 6 meses

¿Le han hecho tratamientos con fluoruro? _____

Eliminación:

¿Su hijo tiene heces regulares? _____

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? _____

¿Su hijo ha tenido accidentes para ir al baño? _____

Dormir:

¿Su hijo está durmiendo de 11 a 13 horas? _____

¿Su hijo duerme toda la noche? _____

¿Su hijo toma siestas? _____

Comportamiento/temperamento

¿Tienes alguna inquietud?

Desarrollo:

¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo, comportamiento o aprendizaje de su hijo? Sí No
En caso afirmativo, por favor descríballo:

Los niños de 4 años casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- Se viste sin ayuda si no
- Copia un círculo si no
- Conoce 3 adjetivos si no
- Cuando habla es 100% comprensible si no
- Cuenta un bloque si no
- Uso de 3 objetos si no
- Knows 4 actions si no
- Equilibrio en cada pie durante 2 segundos si no
- Dibuja 3 partes de una persona si no
- Can give first and last name si no
- Se involucra en el juego de fantasía si no

Algunos niños pueden

- Se Cepílla los dientes sin ayuda si no
- Prepara cereales si no
- Jugar juegos de mesa o de cartas si no
- Elige una línea más larga entre los dos si no
- Salta si no
- Conoce cuatro o más colores si no
- Equilibrio en cada pie durante 3 segundos si no

Social:

Cualquier cambio en el hogar o nuevos factores estresantes?



Ages & Stages Questionnaires®

45 meses 0 días a 50 meses 30 días

Cuestionario de 48 meses



Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.

Fecha en que se completó el cuestionario: _____

Información del niño/a:

Nombre del niño/a: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del niño/a: _____

Sexo del niño/a:
 Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Parentesco con el niño/a:
 Padre/madre Tutor Maestro/a Educador/a o asistente de preescolar
 Abuelo/a u otro pariente Madre/padre de acogida Otro/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Su dirección electrónica: _____

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: _____

Información del programa

de identificación del niño/a: _____

de identificación del programa: _____

Nombre del programa: _____

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.

Notas:

COMUNICACION

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Dice su niño los nombres de al menos tres cosas de una categoría de objetos ordinarios? Por ejemplo, si Ud. le dice "Dime algunas cosas que se pueden comer", ¿su niño menciona alimentos (como galletas, huevos, o pan)? O si Ud. le dice "Dime los nombres de algunos animales, ¿su niño menciona algún animal (como vaca, perro, elefante)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 2. ¿Contesta su niña las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niña responde a una sólo de las 2 preguntas.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| "¿Qué haces cuando tienes hambre?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "pido algo de comer", "como", y "hago un sandwich".) Por favor, escriba la respuesta de su niña: | | | | |

"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niña:

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 3. ¿Su niño puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niño algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Al formular sus palabras, ¿su niña usa terminaciones como "-é", "-ando", y "-s"? Por ejemplo, dice "Tiré la pelota", "Estoy jugando", o "Veo dos gatos". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

COMUNICACION*(continuación)*

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones <i>completamente diferentes</i> cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Al formar oraciones, ¿incluye su niña todas las palabras necesarias (como "un", "el", "la", "soy", "es", "está", y "son") para que sean completas? Por ejemplo dice: "Voy al parque", "¿Dónde está el juguete?" o "¿Vas a venir también?" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN COMUNICACION —**MOTORA GRUESA**

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? <i>(Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |
| 2. En el parque infantil, ¿puede su niña subir los escalones de la resbaladilla para llegar a lo alto y después deslizarse sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Al estar de pie, ¿lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe <i>levantar el brazo</i> a la altura del hombro para lanzarla. <i>(Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |
| 4. ¿Brinca con un solo pie (ya sea el izquierdo o el derecho) al menos una vez sin perder el equilibrio o caerse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Empezando de pie y con los dos pies juntos, ¿su niña brinca una distancia de 20 pulgadas (medio metro)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? <i>(Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |

TOTAL EN MOTORA GRUESA —**MOTORA FINA**

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Puede armar un rompecabezas de cinco a siete piezas que se conectan entre sí? <i>(Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 piezas.)</i> ¿Puede reconstruir la imagen, juntando las piezas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

MOTORA FINA (continuación)

2. Usando tijeras para niños, ¿puede su niño cortar un papel a la mitad, manteniendo una línea bastante recta y abriendo y cerrando las tijeras? *(Por razones de seguridad, vigile cuidadosamente a su niño cuando usa las tijeras.)*



3. Usando de modelo las figuras de abajo, ¿copia su niño al menos tres de ellas en un papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? *(Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)*

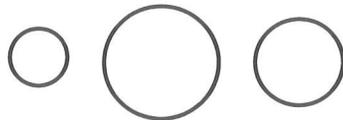


4. ¿Desabotona su niño uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.
5. ¿Hace dibujos de personas incluyendo al menos tres de las siguientes características: la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, el cuello, el pelo, el tronco, los brazos o las manos, las piernas, o los pies?
6. ¿Colorea generalmente sin salirse de la raya, ya sea una figura en un libro para colorear o un círculo de 2 pulgadas (5 centímetros) que Ud. trace? *(Su niña no debe salirse mas de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Si Ud. le dice a su niño: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite él únicamente los tres números en el mismo orden? *Ud. no debe repetir los números. Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos'". (Su niño sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)*
2. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niña al círculo correcto? *(Haga esta pregunta sin ayudarlo a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)*



3. Sin darle ayuda por medio de señas, ¿puede llevar a cabo tres instrucciones diferentes que contengan las palabras "debajo", "entre", y "el centro"? Por ejemplo, pídale que ponga el zapato "debajo del sofá." Luego, pídale que ponga la pelota "entre las sillas" y el libro "al centro de la mesa".
4. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? *(Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. ¿Se disfraza y actúa imaginando ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste con ropa diferente y se imagina que es la mamá, el papá, el hermano, la hermana, un animal, o cualquier otro ser imaginario? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS | | | | — |

SOCIO-INDIVIDUAL

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niño puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — | | | | | | |
| 2. ¿Puede su niña decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niña le dice correctamente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="radio"/> a. Su nombre</td> <td style="width: 50%;"><input type="radio"/> d. Su apellido</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> b. Su edad</td> <td><input type="radio"/> e. Si es niño o niña</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> c. La ciudad en que vive</td> <td><input type="radio"/> f. Su número de teléfono</td> </tr> </table> | <input type="radio"/> a. Su nombre | <input type="radio"/> d. Su apellido | <input type="radio"/> b. Su edad | <input type="radio"/> e. Si es niño o niña | <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive | <input type="radio"/> f. Su número de teléfono | | | | |
| <input type="radio"/> a. Su nombre | <input type="radio"/> d. Su apellido | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> b. Su edad | <input type="radio"/> e. Si es niño o niña | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive | <input type="radio"/> f. Su número de teléfono | | | | | | | | | |
| 3. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — | | | | | | |
| 4. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? (Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — | | | | | | |
| 5. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? (Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niña se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — | | | | | | |
| 6. ¿Se viste o se desviste su niño sin ayuda? (Sin tomar en cuenta subir/bajar cierres [cremalleras], abotonar/desabotonar, abrochar/desabrochar.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — | | | | | | |
| TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL | | | | — | | | | | | |

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

 SI NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

 SI NO

4. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

 SI NO

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

 SI NO

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

10. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO



ASQ-3: Compilación de datos 48 meses

45 meses 0 días a
50 meses 30 días

Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____

de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del programa/proveedor: _____

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase *ASQ-3 User's Guide* para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sume los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	30.72		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	32.78		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora fina	15.81		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	31.30		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	26.60		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del *ASQ-3 User's Guide* para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 1. ¿Oye bien?
Comentarios: | SÍ NO | 6. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?
Comentarios: | SÍ NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?
Comentarios: | SÍ NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?
Comentarios: | SÍ NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | SÍ NO | 10. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI No |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área □, el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a parece estar bien hasta ahora.

Si el *Puntaje total* está dentro del área ■, el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al niño/a y vigile su progreso.

Si el *Puntaje total* está dentro del área ■, el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- _____ Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- _____ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- _____ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____.
- _____ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No tomar medidas adicionales en este momento.
- _____ Medida adicional (favor de escribirla): _____.

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						

LISTA DE INDICADORES DE RIESGO DE LA PÉRDIDA DE OÍDO

(Para uso con forma de escalas de desarrollo cuando haga chequeo de KBH de nacimiento a cuatro años de edad.)

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cuál era el peso de nacimiento de su niño(a)? _____ ¿Fue prematuro(a)? _____ ¿Por cuantas semanas? _____

¿De recién nacido(a), se le hizo examen de oído a su niño(a)? Sí _____ No _____ Desconocido _____

Resultados del examen _____

¿Después de nacimiento, se le ha hecho un examen de oído a su niño(a)? Sí _____ No _____ Desconocido _____

Resultados del examen _____

Nombre del doctor primario del niño: _____

Instrucciones: Marque una X en la columna apropiada. Si un indicador existe pero ha sido referido en un examen previo, anote a quién refirieron a el niño(a) y anote las recomendaciones de seguimiento.

[N = indicador para infantes de nacimiento a 28 días de nacido quienes *no* tuvieron examen de oído de recién nacidos. Para niños mayores de 28 días, conteste todas las preguntas.]

- | SÍ | NO | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 1. ¿Tiene una preocupación sobre la audición, el habla, lenguaje o retraso de desarrollo de su niño(a)?
Escriba preocupaciones: _____ |
| _____ | _____ | 2. ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) una enfermedad/condición que requiriera 48 horas o más en la Unidad de Cuidado Intensivo de Recién Nacidos? Explique: _____ |
| _____ | _____ | 3. ¿Fue el niño(a) expuesto a cualquiera de los siguientes durante el embarazo de la madre? Marque todos que apliquen:
toxoplasmosis sífilis rubéola
citomegalovirus herpes desconocido |
| _____ | _____ | 4. ¿Tiene su niño(a) partes anormales del oído externo, canal del oído, boca, nariz, cuello, o cabeza?
Explique: _____ |
| _____ | _____ | 5. ¿Algún pariente de su niño(a) tuvo pérdida del oído permanente antes de la edad de 5 años?
Explique: _____ |
| _____ | _____ | 6. ¿Al nacer, fue su niño(a) diagnosticado(a) con un síndrome o condición conocida a incluir una sordera neurosensorial o conductiva o Disfunción de la Trompa de Eustaquio?
Explique: _____ |
| _____ | _____ | 7. ¿Ha sido diagnosticado su niño(a) con cualquier síndrome asociado con sordera progresiva tal como Down, Usher, Waardenburg; un desorden neurodegenerativo tal como el Síndrome de Hunter; o neuropatías sensorimotoras tal como Friedrich's ataxia o síndrome Charcot-Marie-Tooth?
Explique: _____ |
| _____ | _____ | 8. ¿Ha tenido su niño(a) bacteria meningitis (u otras infecciones pos-natales) asociadas con sordera? ¿Si sí, a qué edad?
Examen de audición desde entonces? _____ |
| _____ | _____ | 9. ¿Alguna vez el niño(a) ha tenido algún trauma de cabeza?
Explique: _____ |
| _____ | _____ | 10. ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) un cambio transfusión a causa de hiperbilirrubinemia, o tiene la necesidad de ventilación mecánica, o condiciones que requieren la Oxigenación por Membrana Extracorpórea?
Explique: _____ |
| _____ | _____ | 11. Ha tenido su niño(a) otitis media con efusión que dure más de 3 meses? Sí _____ No _____
¿Si sí, le pusieron tubos? Sí _____ No _____ ¿Si sí, cuando? _____
¿Los tiene puestos ahora? Sí _____ No _____ |

Nota: La presencia de cualquier indicador de riesgo denota lo necesidad a un examen cada 6 meses hasta la edad de 3 años, o de otra manera indicado por el audiólogo.

Pasó = Todas respuestas "NO" Referir = Una o más "SÍ" respuestas

Marque Uno: Pasó Referir Si otro, explique: _____

Proveedor que hizo el chequeo: _____ Fecha: _____

ESCALAS DE DESARROLLO

(PARA USO CON INDICADORES DE PERDIDA DE OIDO DE CHEQUEOS DE KBH DE RECIEN NACIDOS A CUATRO ANOS DE EDAD.)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad Cronológica del Niño _____ Prematuro _____ meses Edad ajustada _____

¿SU NIÑO(A): (Por favor marque las preguntas en la categoría de la edad apropiada – use **edad ajustada**.)

- | SÍ | NO | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | De nacimiento a 4 meses |
| _____ | _____ | se asusta o llora con ruidos fuertes? |
| _____ | _____ | se despierta con sonidos fuertes? |
| _____ | _____ | para de moverse cuando se hace un sonido nuevo? |
| _____ | _____ | responde a una voz familiar? |
| _____ | _____ | para de llorar cuando se le habla? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 4 a 8 meses |
| _____ | _____ | se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un ruido fuerte? |
| _____ | _____ | intenta voltear la cabeza hacia un sonido interesante o cuando se le llama por su nombre? |
| _____ | _____ | escucha un juguete musical, campana, o sonaja? |
| _____ | _____ | llora cuando está expuesto a un sonido repentino o ruidoso? |
| _____ | _____ | hace varios sonidos de charla? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 8 a 12 meses |
| _____ | _____ | responde de cierta manera a la instrucción de “no” |
| _____ | _____ | reacciona cuando se le llama por su nombre? |
| _____ | _____ | voltea hacia el lugar de donde viene un sonido? |
| _____ | _____ | se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un sonido fuerte? |
| _____ | _____ | intenta imitarle si usted hace sonidos familiares? |
| _____ | _____ | usa una variedad de consonantes y vocales cuando charla (charla canonical*)? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 12 a 18 meses |
| _____ | _____ | dice “mama” o “dada” e imita muchas palabras que usted dice? |
| _____ | _____ | responde a peticiones tales como “ven aquí” y “quieres más”? |
| _____ | _____ | voltea para mirar en la dirección de donde el sonido vino cuando se presenta un sonido interesante? |
| _____ | _____ | despierta cuando hay un sonido ruidoso? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 18 a 24 meses |
| _____ | _____ | intenta cantar? |
| _____ | _____ | señala a varias diferentes partes del cuerpo? |
| _____ | _____ | responde a comandos simples tales como “pon la pelota en la caja”? |
| _____ | _____ | habla por lo menos 20 palabras? |
| _____ | _____ | pide cosas por nombre tales como leche o galletas? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 2 a 5 años |
| _____ | _____ | señala a una foto si usted dice “Donde esta _____?” |
| _____ | _____ | habla con frases pequeñas? |
| _____ | _____ | nota la mayoría de los sonidos? |
| _____ | _____ | escucha la televisión o el radio en el mismo nivel de sonido como otros miembros de la familia? |
| _____ | _____ | le oye cuando usted le llama por su nombre de otro cuarto? |

(*Charla canonical es definido como charla no-repetitiva usando varias combinaciones de consonantes y vocales, tal como “itika”, “dabata”, o “omada”. Es bastante diferente a una charla común, tal como “dada”, “mama”, o “baba”.)

Pasó = Todas respuestas “SÍ” o solamente una respuesta “NO” Referir = Dos o más “NO” respuestas

Marque Uno: Pasó Referir Si otro, explique: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED



Cuestionario Obligatorio para Examen de Plomo en la Sangre

Debe ser completado en cada examen de KBH de 6 a 72 meses

Su hijo: (circule la respuesta recibida)	FECHA: (MM/DD/YYYY)						
1) ¿A vivido en o visitado una casa o apartamento construido antes del 1960? (Esto puede incluir una guardería, preschool, la casa de su niñera o un pariente.)	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2) ¿A vivido en o visitado regularmente una casa o apartamento construido antes del 1960 que este, aya estado, o vaya estar bajo renovación o remodelación?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3) ¿Tiene un pariente con un alto nivel de plomo en la sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4) ¿Tiene comunicación con un adulto que trabaje o que tenga un pasatiempo que involucre la exposición a plomo? acabado de muebles, haciendo vidrio manchado, electrónicos, soldando, reparación automotriz, haciendo pesas o señuelos para pescar, cargando casquillos o balas en una escopeta, disparando armas, haciendo reparos o remodelaciones, pintando/desmontando pintura, juguetes antiguos o importados, y/o haciendo cerámica	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
5) ¿A vivido cerca de un fundidor de plomo, planta de baterías u otra industria de plomo? parque/explosivos, reparación de auto/ exterior de auto, quitando o juntando cable/alambre, produciendo cables, cerámica, rango de disparos, fabrica de vidrio plomado, maquinaria/equipo industrial, maquinaria o reparación de joyas, mina de plomo, fabricante de pintura/pigmento, plomería, reparación de radiador, yunque de metal o baterías, hierro o metal, o fundidor derretido	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
6) ¿Usa trastes cristalinos o de cerámica para cocinar, comer o beber?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Una respuesta positiva a estas preguntas <u>exige</u> obtener el nivel de plomo en la sangre. Por favor, recuerde que el nivel de plomo en la sangre es obligatorio a los 12 y 24 meses, aunque las respuestas no sean positivas. ¿Se obtuvo el nivel de sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Iniciales de Personal que dio la entrevista							

Firma de Personal:

POR FAVOR NOTE QUE LOS PROVEEDORES DEBE INTERPRETAR E INICIAR CUIDADO SE INDICA.

Nombre del Paciente: _____

Numero de ID: _____

Well Child Check Visual Acuity

Corrected: Yes / No

OD - Right eye: 20/____

OS - Left eye: 20/____

OU - Both eyes: 20/____

Patient is unable to complete visual acuity due to:

***Please remember to document in Cerner intake